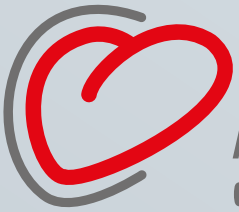
BI

BOLETIM INFORMATIVO



Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI'S | N.º 23 | DEZEMBRO 2014

Memórias

APNEIA DO SONO E ARRITMIAS
Dr. Pedro Silva

PAPEL DO PACEMAKER NO DIAGNÓSTICO E MONITORIZAÇÃO DA APNEIA DO SONO
Margarida Moura

RECOMENDAÇÕES PARA A LONGEVIDADE
APPPC

"O NATAL DA INOCÊNCIA"
Dr. Virgílio Chambel Coelho

VIII COLÓQUIO NACIONAL
APPPC

Medtronic

A cada 4 segundos

Uma terapia ou produto da Medtronic ajuda a melhorar a vida de um paciente com uma doença crónica.

Na Medtronic, desenvolvemos soluções inovadoras que ajudam os doentes a realizar actividades que julgavam ser impossíveis de executar. Procuramos constantemente ultrapassar os limites da tecnologia médica, criando e desenvolvendo soluções cada vez mais inovadoras que permitam às pessoas viver melhor e por mais tempo.

www.medtronic.pt

Innovating for life.

UC201100958FEN © 2011 Medtronic, Inc. All Rights Reserved.

António Gomes
Presidente da Direcção Nacional da APPPC

MENSAGEM DO PRESIDENTE

Caros Associados:

Dezembro traz consigo a felicidade e alegria do Natal, mas ultimamente, estes sentimentos misturam-se com a nostalgia e a tristeza que estes tempos de crise inevitavelmente trazem para esta época, que deveria ser de absoluta alegria. Entristece-nos ainda mais, o facto de que a pobreza, a fome, a carência total de bens essenciais, são uma realidade que vai perdurar por muito tempo, tanto que são os próprios governantes a assumi-lo e a tomarem medidas duradoiras como a criação de novas cantinas sociais que vão "matando" a fome de gente sem esperança, sem futuro, sem quaisquer perspectivas de arranjar forma de satisfazer por si mesmos aquelas necessidades básicas. Estas medidas são sem dúvida o reflexo da miséria que se instalou neste país e ao mesmo tempo o reconhecimento dos nossos governantes que estes tempos de austeridade vieram para ficar.

E, como tantas vezes tenho repetido, estas dificuldades estendem-se a todas as áreas da vida deste país. Neste contexto, a área da saúde preocupa-nos de forma mais marcante pois não é possível aceitar que poderemos perder a excelência dos nossos serviços de saúde. Quando falo em excelência da nossa saúde, refiro-me concretamente a dois aspetos que contribuem diretamente para que assim seja: o elevado grau de profissionalismo da maioria dos nossos profissionais de saúde e por outro, o acesso que os portugueses tem tido a terapias de ponta, onerosas claro, mas quando o assunto é doença é escusado pensar muito em poupanças. É óbvio, e muitas vezes tenho repetido aqui e noutros locais, que a APPPC não é apologista do desperdício, bem pelo contrário, sempre preconizámos que a racionalização de custos é obrigatória, no entanto, isso não pode ser sinónimo de obstáculo para alguns doentes ou até para a maioria acederem a terapêuticas mais caras, contudo, indicadas e apropriadas para o tratamento das suas patologias.

É por isso que nos causa uma enorme apreensão a recente proposta do Ministério da Saúde para que seja criado um decreto-lei que avalie o custo/benefício dos dispositivos médicos. Até agora este tipo de material que engloba próteses, pacemakers e CDI's, válvulas, cateteres, entre outros, não eram sujeitos a qualquer avaliação de custo/efetividade pelo estado, sendo a sua aquisição feita diretamente pelos hospitais através de concurso publico, não existindo desta forma grandes restrições de oferta. O Ministro Paulo Macedo pretende com esta medida estender a avaliação do custo/benefício aos dispositivos médicos, à semelhança do que já é feito com os medicamentos. Assim, os hospitais só poderão comprar os aparelhos que o Infarmed vier a considerar que apresentam melhor relação preço/eficácia. Importa dizer que o Infarmed- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde- é o Instituto Público regulador e fiscalizador, responsável pela introdução no mercado, comercialização e controlo dos medicamentos e outros produtos de saúde em Portugal.

O objetivo desta medida é claramente assumido pela tutela: pretende-se poupar " centenas de milhões de euros".

Como disse, a nossa apreensão é enorme, pois se já tínhamos a certeza que não era comprado o número suficiente de dispositivos mais caros como CDI's e Pacemakers biventriculares para ressincronização cardíaca, a partir de agora, com a utilização deste "filtro", esta situação irá agravar-se. Pretendemos, tal como já fizemos noutras situações, agendar com a maior brevidade possível, uma reunião com a Comissão Parlamentar da Saúde, afim de expormos a nossa preocupação quanto a esta situação. É obrigatório que o Infarmed integre profissionais da área da arritmologia que conhecem com rigor as guidelines de implantação destes dispositivos. Por outro lado, é obrigatório que seja assegurado que esta avaliação não vai interferir no acesso dos doentes aos dispositivos adequados às suas patologias, em tempo útil, isto é, o mais próximo possível do diagnóstico.

Continuamos, como sempre, apologistas da racionalização dos custos, mas as poupanças em saúde, nomeadamente nesta área concreta não podem ser feitas sem grande ponderação assegurando os direitos que cada um de nós deve ter no acesso às terapias certas.

Finalmente, e porque apesar de tudo isto é Natal, desejo a todos Festas Felizes e sobretudo que o ano 2015 não traga desagradáveis surpresas que piorem ainda mais a vida de cada um de nós.

Saudações

FICHA TÉCNICA

Autor - Assoc. Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI's
Editor - Assoc. Portuguesa de Portadores de Pacemakers e CDI'S
Design - APPPC
Impressão - Tipografia MACASI
Tiragem - 2500 Exemplares
ISBN 978-989-95494-0-1
Dep. legal 262030/07

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKERS E CDI'S

Sede Nacional
Rua da Fábrica Velha
Central de Camionagem, portas 209-210
3100-438 Pombal

Endereço correio
Apartado 163
3101 - 902 Pombal
tlm.: 910 916 711 tlf./fax: 236 207 228
www.apppc.pt
geral@apppc.pt

Delegação em Lisboa
Rua de Fanares, n.º 17, 2.º Esq
2725-307 Mem Martins
tlf.: 219 218 606 · fax: 219 204 406
chambelcoelho@hotmail.com
Contacto: Dr. Virgílio Chambel

ARTIGO

APNEIA DO SONO E ARRITMIAS: UMA COMBINAÇÃO FREQUENTE

Dr. Pedro Silva Cunha
Laboratório de Electrofisiologia e Pacing
Serviço de Cardiologia
Hospital de Santa Marta

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é uma condição prevalente, frequentemente não diagnosticada, associada à elevação do risco cardiovascular, incluindo as arritmias.

O ritmo cardíaco é influenciado pelo sistema nervoso autónomo (sistema nervoso responsável pelo controlo autónomo dos órgãos internos) e por diversos estados patológicos. Um dos fatores predisponentes da arritmogénese (surgimento de arritmias) é a apneia do sono.

Pela primeira vez em 1965, em pacientes com Síndrome de Pickwick, foi relatada a presença de arritmias que ocorrem durante o sono.

Arritmias nocturnas podem ocorrer em até 50% dos doentes que apresentam apnéia obstrutiva do sono, sendo as mais comuns a taquicardia ventricular não-mantida, as pausas sinusais, o bloqueio aurículo-ventricular de 2º grau e as sístoles ventriculares prematuras.

Segundo o "Sleep Heart Health Study", os indivíduos com distúrbios respiratórios graves durante o sono têm duas a quatro vezes mais probabilidade, de desenvolver arritmias complexas do que aqueles sem qualquer distúrbio respiratório do sono. Este facto teve relação também com a mortalidade global, tendo sido verificado neste estudo, que os indivíduos com índice de apneia superior a 20 (um marcador da gravidade da apneia), apresentavam um aumento do risco de morte num acompanhamento de 8 anos.

A presença de apneia do sono, teve também impacto prognóstico, nos doentes com insuficiência cardíaca, observando-se que a presença de síndrome de apneia obstrutiva do sono teve um impacto negativo na sobrevida a longo prazo destes doentes.

A patogénese (origem da doença) dessas alterações do ritmo relaciona-se com alterações do ciclo normal de sono, hipoxemia (redução da taxa de oxigénio no sangue), alterações no tónus autonómico e diminuição do limiar isquémico, que aumentam o potencial arritmogénico.

A maioria das arritmias ocorre em doentes com apneia obstrutiva do sono moderada ou grave, caracterizadas por bradicardia progressiva (actividade vagal) durante o episódio de apneia, seguida de taquicardia durante o período de retorno da respiração.

A bradicardia geralmente começa no início da apneia, é proporcional ao grau de hipoxemia e reflete as mudanças do tónus autonómico.

Cerca de 80% das bradicardias ocorre durante o sono REM, o que mostra a vulnerabilidade cardíaca às influências autonómicas durante essa fase do sono.

As bradiarritmias são as arritmias mais frequentes durante a apneia do sono e podem ocorrer na ausência de qualquer doença do tecido de condução cardíaco.

Incluem tanto a bradicardia sinusal como o bloqueio aurículo-ventricular, variando de pausa sinusal a bloqueio completo e assistolia ventricular

A ocorrência e o grau das bradiarritmias não variam conforme o tipo de apneia e sim com o grau de hipoxemia que causam, sendo mais comuns durante o sono REM e ocorrência de queda na saturação de pelo menos 4%.

Outros mecanismos que podem causar esses distúrbios incluem, além de episódios recorrentes de hipoxemia, aumento da atividade simpática e a resposta adrenérgica

Uma vez que é elevada a prevalência em doentes com bradicardia nocturna, de síndrome de apneia obstrutiva do sono, é assim essencial o diagnóstico de distúrbio respiratório, uma vez que a pressão nasal continua positiva (uma das formas de tratamento da obstrução da via aérea) reverte o bloqueio aurículo-ventricular numa percentagem significativa de doentes.

A implantação de pacemaker, será reservada para aqueles com bloqueio aurículo-ventricular persistente, não

obstante o tratamento com CPAP ou quando a adesão for baixa.

Para além das bradiarritmias, noutros estudos observou-se que existe um importante aumento na ocorrência (prevalência) de fibrilhação auricular, em doentes com síndrome de apneia do sono (seja esta apneia obstrutiva ou por doença do sistema nervoso central). Nos doentes exclusivamente com apneia obstrutiva, a ocorrência de fibrilhação auricular foi 5 vezes superior em relação a doentes saudáveis.

Este factor é extremamente importante, uma vez que a presença de fibrilhação auricular é um factor de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral. Por outro lado, as modernas formas de tratamento da fibrilação auricular, têm menor eficácia em doentes em que a apneia do sono não se encontra controlada.

Demonstrou-se que, os doentes com apneia obstrutiva do sono, que são submetidos a ablação por cateter, da fibrilhação auricular, apresentam maior taxa de recorrências (retorno da arritmia), após o tratamento, quando comparados com doentes sem apneia.

Actualmente, alguns dos dispositivos cardíacos implantáveis, como os pacemakers, permitem a presença de algoritmos de diagnóstico, que podem levantar a suspeita da presença de apneia obstrutiva do sono. Se estes indicadores assinalarem a presença de apneias, o doente deve ser referenciado para Pneumologista de forma a que se confirme o diagnóstico.

Podemos concluir que, existe evidencia suficiente para se relacionar a apneia obstrutiva do sono e a presença de arritmias cardíacas.

Assim, tanto o diagnóstico da presença desta síndrome, quanto o seu tratamento, são determinantes nos doentes com doença cardiovascular e particularmente nos doentes com arritmias cardíacas.

Referências

1.Burwell C.S., et al. Extreme obesity associated with alveolar hypoventilation: a pickwickian syndrome. Am J Med 1956; 21:811.

2. Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E, Eyal S, Daniel J, Gottlieb RN, et al. Association of nocturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing: the Sleep Heart Health Study. Am J Respir Crit Care Med 2006; 173:910-6.

3. He J, Kryger M, Zorick F, et al. Mortality and apnea ndex in obstructive sleep apnea. Experience in 385 male patients. Chest 1988; 94:9-14.

4. Garrigue S, Bordier P, Jaïs P, Shah DC, Hocini M, Raherison C, Tunon De Lara M, Haïssaguerre M, Clementy J.. Benefit of atrial pacing in sleep apnea syndrome. N Engl J Med 2002;346:404-12

5. Leung RS, Huber MA, Rogge T, Maimon N, Chiu KL, Bradley TD. Association between atrial fibrillation and central sleep apnea. Sleep. 2005;28:1543–6.

6. Mehra R., Redline S. Arrhythmia risk associated with sleep disordered breathing in chronic heart failure. Curr. Heart Fail. Rep. 2014;11:88–97.

A Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI's deseja as maiores felicidades ao cineasta Manoel de Oliveira, também ele portador de pacemaker, pela condecoração e suas 106 primaveras.

ARTIGO

PAPEL DO PACEMAKER NO DIAGNÓSTICO E MONITORIZAÇÃO DA APNEIA DO SONO

Margarida Moura
SorinGroup

A gestão das comorbilidades cardiovasculares nos doentes com pacemaker continua a ser um grande desafio nos dias de hoje. Estes doentes são afectados por várias patologias cardiovasculares como é o caso da apneia do sono, hipertensão arterial (HTA), Acidente vascular cerebral (AVC), insuficiência cardíaca e doença arterial coronária. A apneia do sono não é uma patologia isolada, e está associada a estas comorbilidades tendo um impacto negativo significativo em todas elas. Estima-se que cerca de 80% dos doentes com HTA, 60% dos doentes com AVC's e 30% dos doentes com doença arterial coronária têm apneia do sono. Sabe-se também que há mais de 30 anos que a apneia do sono pode provocar arritmias tais como taquicardia ventricular não mantida, pausa sinusal e BAV II.[1]

Em doentes com apneia do sono severa, a hipoxia intermitente recorrente e a actividade nervosa simpática levam a uma maior incidência de arritmias nocturnas.[2]

Estes doentes têm:

- 4 vezes o risco de Fibrilhação Auricular (FA)
- 3 vezes o risco de Taquiarritmia Ventricular (TV) não mantida
- 2 vezes o risco de Batimentos Ventriculares Prematuros (EV's)

Para além disso, é notável que o risco não é só mais elevado de desenvolver FA como também apresentam uma menor taxa de sucesso à respectiva terapia. Quando tratados com cardioversão ou ablação, os doentes com apneia do sono severa não tratada têm um risco maior de recorrência desta arritmia.[3,4]

O que é também surpreendente é que os doentes com apneia do sono severa têm um risco 58% superior de desenvolver insuficiência cardíaca.

Infelizmente a apneia do sono não é um síndrome raro, a sua prevalência é superior a 20% após os 65 anos e estima-se que entre 50% a 90% dos doentes com apneia do sono têm esta patologia não diagnosticada ou tratada.

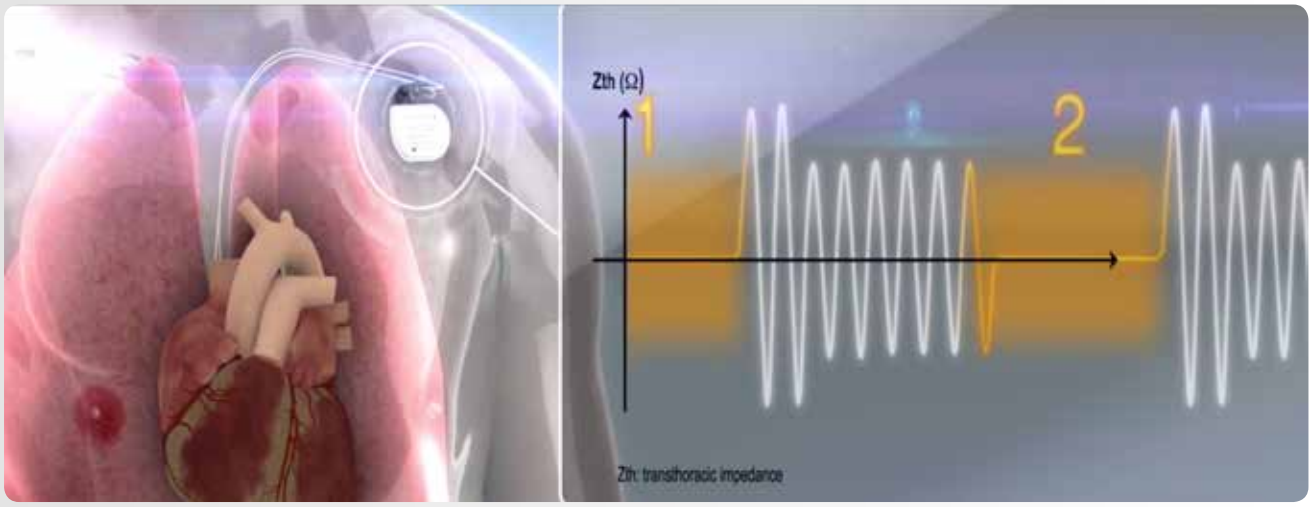
Calcula-se que a esperança média de vida de um doente com apneia do sono severa não tratada possa ser 20 anos mais curta que a da população em geral, ou seja os doentes com apneia do sono severa não tratada têm um risco de morrer 4 a 5 vezes superior.

Falando especificamente dos doentes com pacemaker, sabemos que 1 em cada 5 sofre de apneia do sono severa. O mesmo diz o estudo DREAM publicado este ano, com uma população de 40 doentes portadores de pacemaker, em que se verificou uma prevalência de 78% de doentes com apneia do sono severa e 56% de prevalência de doentes com apneia do sono moderada.[5]

Vários estudos têm demonstrado que a presença de apneia do sono severa aumenta os custos médicos por causa das consequências prejudiciais e dispendiosas em múltiplos órgãos. Os doentes com apneia do sono não diagnosticada incorrem em aproximadamente o dobro dos custos em saúde do que os doentes equivalentes sem apneia do sono. Isto acontece por diversas razões, pelos acidentes de viação, pelas depressões associadas, pela sonolência no trabalho, mas principalmente pelo maior número de visitas médicas e hospitalizações mais prolongadas.[6, 7, 8]

Como tal e de extrema importância a monitorização da apneia do sono na população de portadores de pacemaker e como tal a SorinGroup usou os 20 anos de experiência que tem com um sensor que tem o nome de ventilação minuto e desenvolveu novos modelos capazes de detectar automaticamente as pausas e as reduções da respiração durante a noite. Relembro que a apneia do sono e um distúrbio caracterizado precisamente por pausas e reduções da respiração com duração superior a 10 segundos e que se repetem mais de 5 vezes por hora (medidas por este pacemaker).

Este novo algoritmo tem o nome de SAM, em inglês Sleep Apnea Monitoring e utiliza um índice idêntico ao



utilizado na polissonografia. Vai funcionar todas as noites num período de 5 horas e os dados obtidos ao logo de 6 meses vão ajudar a monitorizar os doentes em risco e mais tarde a respectiva adesão ao tratamento.

Este pacemaker vai fazer uma triagem com alta especificidade (85%) e alta sensibilidade (89%) para detectar doentes com Apneia do Sono severa5

Com esta inovação, em doentes com este novo pacemaker, poder-se-á monitorizar de forma automática e contínua o risco de apneia do sono e encaminhar os doentes rapidamente para um diagnóstico polissonográfico definitivo. O algoritmo SAM identifica correctamente os doentes com apneia do sono severa, possui uma elevada correlação com a polissonografia e oferece o benefício adicional de medições repetidas a cada noite, o que pode melhorar a detecção de doentes em risco.

Bibliografia:

1. Guilleminault C, Connolly SJ, Winkle RA. Cardiac arrhythmia and conduction disturbances during sleep in 400 patients with sleep apnea syndrome. Am J Cardiol. 1983 Sep 1;52(5):490-4.
2. Mehra R, Benjamin EJ, Shahar E et al. Association of nocturnal arrhythmias with sleep-disordered breathing: The Sleep Heart Health Study. Am J Respir Crit Care Med. 2006 Apr 15;173(8):910-6.
3. Ng CY et al. Meta-analysis of obstructive sleep apnea as predictor of atrial fibrillation recurrence after catheter ablation. Am J Cardiol. 2011 Jul 1;108(1):47-51.
4. Naruse Y, Tada H, Satohet M al. Concomitant obstructive sleep apnea increases the recurrence of atrial fibrillation following radiofrequency catheter ablation of atrial fibrillation: clinical impact of continuous positive airway pressure therapy. Heart Rhythm. 2012 Nov 22. pii: S1547-5271(12)01366-5.
5. Defaye P. MD et al, A pacemaker transthoracic impedance sensor with an advanced algorithm to identify severe sleep apnea: The DREAM European study ; Heart Rhythm, Vol 11, No 5, Month 2014
6. Jennum P, Kjellberg J. Health, social and economical consequences of sleep-disordered breathing: a controlled national study. Thorax. 2011 Jul;66(7):560-6.
7. Kapur VK, Blough DK, Sandblom RE et al. The Medical Cost of Undiagnosed Sleep Apnea. Sleep 1999;22(6):746755
8. Johansson P, Alehagen U, Svanborg E et al. Clinical characteristics and mortality risk in relation to obstructive.

Colabore com a nossa Associação

DOE PARTE DO SEU IRS POR UMA BOA CAUSA

Sabia que pode "doar" parte do imposto (IRS) a algumas Instituições sendo a Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI's uma delas?

Com efeito, basta colocar o contribuinte n.º **505 064 324** da Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI's no **quadrado 9 do Modelo H** e 0,5% serão retirados do imposto total que o Estado liquida, e não do imposto que deverá ser devolvido ao contribuinte, no caso de haver lugar à restituição do imposto cobrado.

Obrigado.

RECOMENDAÇÕES PARA A LONGEVIDADE

A LONGEVIDADE NO MUNDO, NA EUROPA E EM PORTUGAL

A Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI'S foi convidada para participar no Congresso "Recomendações para a longevidade" que se realizou no dia 2 de Dezembro de 2014 na Sala do Senado do Palácio de São Bento – Assembleia da República.

Este evento organizado pela Associação Amigos da Grande Idade, teve o apoio e participação especial das diversas entidades da Assembleia da República nomeadamente um Representante da Presidente da Assembleia da República, e dos partidos políticos ali representados.

O tema central era o envelhecimento da população portuguesa e mundial. Perante esta nova realidade social foi apresentada uma pequena publicação que divulga "Recomendações para a longevidade" em que para além de resumir as causas e fatores que influenciam o aumento do número de pessoas idosas em todo o mundo, clarifica e estabelece novas regras que integrem e adaptem as sociedades a esta nova realidade.

Programa Oficial do Congresso

09h00 – Receção de Convidados
10h00 – Intervenção da/o Representante da Presidente da Assembleia da Republica
10h15 – Intervenção do Presidente da X Comissão Segurança Social e do Trabalho — Deputado José Manuel Canavarro
10h30 – Leitura do Documento "Recomendações para a Longevidade" Presidente da AAGI – ID, Dr. Rui Fontes
10h45 – Intervenção do Bloco de Esquerda - Deputada Helena Pinto
11h00 – Intervenção do Partido Comunista Português – Deputado David Costa
11h15 – Intervenção do CDS – Partido Popular – Deputado Artur Rego
11h30 – Intervenção do Partido Socialista – Deputada Luísa Salgueiro
11h45 – Intervenção do Partido Social Democrata - Deputada Mercês Borges
12h00 – Intervalo Almoço
14h30 – Conferência "A motricidade humana e o idoso" – Professor Doutor Manuel Sérgio
15h30 – Conferência "O Ocaso dos Dias" – Professor Doutor Adriano Moreira
16h30 – Encerramento com Intervenção do Exmo Sr. Ministro da Solidariedade, Emprego e Segurança Social

---

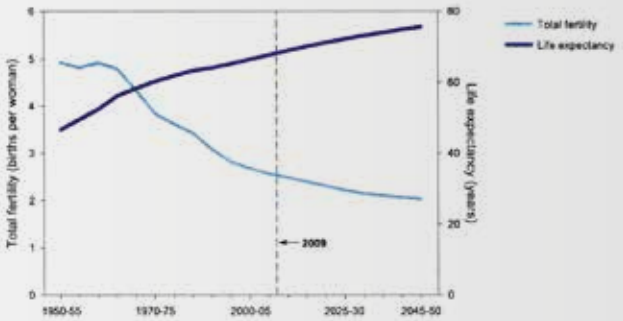
A Direção da Associação Amigos da Grande Idade - Inovação e Desenvolvimento, celebra em 2014 o envelhecimento populacional, como a maior conquista do século XX em Portugal. No entanto, devido às dificuldades económicas da última década são necessárias novas politicas como forma de garantir a sustentabilidade económica, social e familiar. Esta revolução demográfica está a ter reflexos aos mais diversos niveis, nomeadamente social, politico e inclusive no que se refere ao sistema de saúde.

Segundo a ONU, o envelhecimento populacional a nivel mundial não tem precedentes na história da Humanidade, sendo expectável que, neste século XXI, ocorra um aumento muito considerável de pessoas idosas (ONU, 2011). O fenómeno do envelhecimento tem características globais no sentido em que afeta toda a sociedade e todos os países. Concorre para este fenómeno um conjunto de razões, das quais destacamos a associação entre o aumento constante da *esperança de vida à nascença*[1] que se tem verificado ao longo dos últimos anos e a diminuição do *índice sintético de fecundidade*[1] (figura 1). A estes fundamentos podemos ainda acrescentar os processos migratórios, os quais coadjuvam a compreender a dimensão do fenómeno em algumas regiões.

A Longevidade no Mundo, na Europa e em Portugal

A nível mundial, a esperança de vida à nascença passou de 47,7 anos em 1950 para 69,3 em 2010. No mesmo período, o índice sintético de fecundidade diminuiu 49,49% e a *taxa bruta de natalidade*[2] diminuiu 52,03% (ONU, 2011).

Figura 1 – Índice sintético de fecundidade e esperança de vida à nascença: Mundo, 1950-2050 (ONU, 2011)[2]



Segundo a ONU (2011), a população mundial aumentou 172,32% entre 1950 e 2010. Nas *regiões mais desenvolvidas*[4], o crescimento da pouplação representou, no mesmo período, 58,89% (ONU, 2011). De acordo com as projeções da ONU, a população mundial, no período de 201O a 2060, aumentará cerca de 39,43% (ONU, 2011).

Ainda de acordo com a ONU (2011), o número de pessoas com 65 e mais anos de idade aumentou 201,84% entre 1950 e 2010. No que concerne à *esperança de vida aos 65 anos*, esta aumentou 4,5 anos entre 1950 e 2010 e a esperança de vida ao nascer aumentou 21,6 anos no mesmo período. Na tabela 1, apresentamos os principais indicadores de forma sumária.

Tabela 1 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Mundo, 1950-2060 (ONU, 2011)

ANO	1950	2010	2060
População total (milhares)	2 532 229	6 895 889	9 615 189
Média de idade (anos)	23,9	29,2	39,1
Rácio de dependência dos idosos	10,1	13,4	33,1
Rácio de dependência total	95,7	76	80,5
Esperança de vida ao nascer (anos)	47,7	69,3	77,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	11,5	16	16,9
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	36,9	19,2	13,2
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	4,95	2,45	2,11

Podemos afirmar que, de acordo com as projeções, no período de 2010-2060 e em comparação com o período de 1950-2010, verificar-se-á uma diminuição do ritmo de cresciment? da população mundial (de 2,87%/ano para 0,788%/ano). Todavia, o ritmo de crescimento das pessoas com 65 e mais anos, no período 1950-2010, foi muito superior (3,36%/ano).

Em 1950, o *rácio de dependência dos idosos*[5] nas regiões mais desenvolvidas era de 10,1, em 2010 de 25,9, e estima-se que em 2060 será de 51,1 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa (ONU, 2011a). O *rácio de dependência total*[6] permite-nos compreender o nível de equilibrio entre o grupo populacional considerado ativo (15-64 anos) e os grupos considerados como dependentes desses (menos de 15 anos e 65 e mais anos). Nas regiões mais desenvolvidas, em 1950 esse rácio era de 77,1, em 2010 esta proporção era de 62,5 pessoas e estima-se que em 2060 será de 94,9 pessoas (ONU, 2011). O aumento do valor deste rácio deve-se à conjugação de dois fatores: o declínio das taxas de fertilidade e o aumento do número de idosos.

Segundo a ONU (2011), observa-se desde 1960 e ao nível das regiões mais desenvolvidas do mundo uma diminuição gradual da população, o declínio das taxas de fertilidade e o aumento gradual do número de pessoas com 65 e mais anos de idade, o que vai ter repercussões ao nível económico e dos sistemas de saúde e de proteção social, devido à consequente diminuição da força de trabalho e aumento dos custos (Yoon, 2009; Ingham, Chirijevskis e Carmichael, 2009).

Segundo a CE (2010), em 1960 a população da EU-27[7] representava 20% da população mundial e em 2005 representava apenas 11,2%, tendo ocorrido entre 1960 e 2005 um crescimento da população noutras regiões como a África, a Ásia e a América Latina. No mesmo período, o número de pessoas com menos de 15 anos diminuiu 10,8% e o número de pessoas com 65 e mais anos aumentou 7% (CE, 2010). Entre 1998 e 2008, o número de pessoas com 80 e mais anos aumentou 35,1%. De acordo com os dados da CE (2010), na EU-27, em 2008, as pessoas com 65 e mais anos representavam 17% da população total. Em 2060, representarão 30% e a percentagem de pessoas com mais de 80 anos passará dos atuais 4,4% para 12,1%.

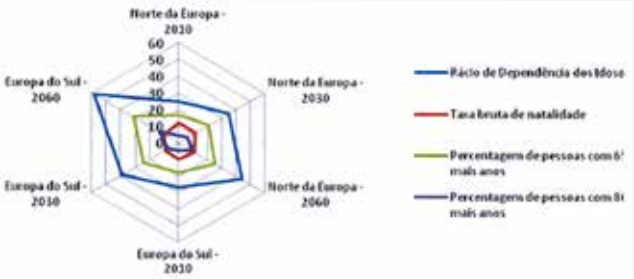
No· período temporal de 1950-2010, o *rácio de dependência dos idosos*, na *EU-27*, aumentou 11,4%, muito acima do observado noutras regiões como América do Norte (4%), Ásia (3%) e África (0%) (CE, 2011). A *EU-27*, configura-se, no seu conjunto, como um grupo de países com o *rácio de dependência de idosos* e *rácio de dependência total* a aumentar de forma gradual, tendo valores superiores aos de outras regiões mais desenvolvidas. Na tabela 2, apresentamos os principais indicadores de forma sumária.

Tabela 2 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Europa, 1950-2060 (CE, 2011a)

ANO	1950	2010	2060
População total (milhares)	547 287	738 199	702 347
Média de idade (anos)	29,7	40,1	45,5
Rácio de dependência	14,4	25,8	54,3
Rácio de dependência total	74,8	59,7	96,9
Esperança de vida ao nascer (anos)	65,6	76,5	83,5
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	14,2	18	21,8
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	21,4	10,8	10,7
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	2,65	1,59	1,99

Não obstante o que atrás foi referido, e segundo a ONU (2011), observam-se diferenças entre as várias regiões europeias (i.e., Europa de Leste, Europa do Norte[8], Europa do Sul[9], Europa Ocidental), sendo as mais significativas entre a Europa do Norte e do Sul (gráfico 1). Como podemos constatar, os rácios de dependência dos idosos apresentarão, no ano de 2060, uma diferença de 14 pontos percentuais entre os países da Europa do Norte e do Sul, regiões onde se atingem os valores extremos.

Gráfico 1 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Norte da Europa/Europa do Sul, 1950-2060 (ONU, 2011)



Concretamente·no que se refere à realidade nacional, segundo a CE (2011), a população em Portugal representa 2,09% da população da EU-27, tendo ocorrido um aumento de 307.639 pessoas no período de 2001-2010. Em igual período, os nascimentos totais diminuíram em 13.063 (CE, 2011a) e o número de mortes total anual aumentou em 3.859 pessoas (CE, 2011a).

O número de pessoas com 65 e ma1s anos tem vindo a aumentar continuamente: em 1960, as pessoas com 65 e mais anos representavam 7,8% do total da população e, em 2011, já representavam 19%. As estimativas para os próximos 50 anos vão no sentido do aumento desta taxa e, em 2060, Portugal será dos países mais envelhecidos da EU-27 (CE, 2011).

O ritmo de crescimento anual das pessoas com 80 e mais anos situou-se em 8,1% entre 1960 e 2010. Até 2060, prevê-se que este crescimento anual se mantenha elevado, o que triplicará a proporção das pessoas com 80 e mais anos em Portugal. Este aumento conduzirá o nosso país ao 3º lugar no que se refere ao aumento da proporção das pessoas deste grupo etário, na EU-27 (CE, 2011).

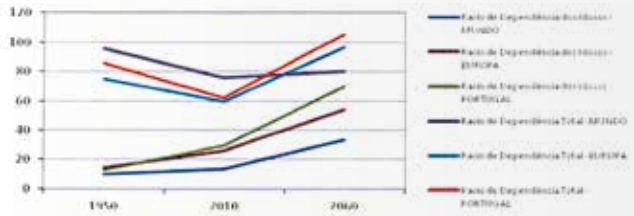
Em Portugal, no período entre 2001 e 2010, observou-se um aumento de 2,98% da população em geral. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o aumento da população com 65 e mais anos foi de 13,05% e da população com mais de 75 anos foi qe 27,82%, com ligeiro predomínio das mulheres (INE, 2011). Na tabela 3, apresentamos os principais indicadores, de forma sumária.

Tabela 3 – Indicadores de desenvolvimento populacional: Portugal, 1950-2060 (INE, 2011)

ANO	1950	2000	2010	2060
População total (milhares)	8417	10336	10676	8676
Média de idade (anos)	26,1	37,8	41	52,6
Rácio de dependência	13	26,6	29,1	70,1
Rácio de dependência total	85,9	64,4	62	105,4
Esperança de vida ao nascer (anos)	60	77,3	79,8	84,7
Esperança de vida aos 65 anos (anos)	13,4	17,6	19,1	22,4
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes	23,9	10,8	8,8	8,6
Índice sintético de fecundidade (filhos por mulher)	3,1	1,45	1,31	1,83

Podemos constatar que Portugal, quando comparado com os restantes países do mundo e da Europa, apresenta dos rácios de dependência mais elevados (gráfico 2).

Gráfico 2 – Rácios de dependência dos idosos e dependência total: Mundo, Europa, Portugal, 1950-2060 (ONU, 2011)



Outro grupo de indicadores a considerar compreende a esperança média de vida aos 65 anos e a esperança média de vida com saúde aos 65 anos. Como podemos notar na tabela 4, em 2007, a esperança média de vida aos 65 anos nas mulheres situava-se em 20,2 anos e o indicador de anos de vida saudável situava-se em 5,3 anos (Portugal), muito abaixo do Reino Unido (11,5), da Espanha (9,9 anos), da Alemanha (7,5) e da média da EU-27 (8,9) (CE, 2011a).

Tabela 4 – Anos de vida com saúde

	Esperança média de vida ao nascimento (M)	Esperança média de vida aos 65 anos (M)	Anos de vida com saúde depois dos 65 anos (M)	Esperança média de vida ao nascimento (H)	Esperança média de vida aos 65 anos (H)	Anos de vida com saúde depois dos 65 anos (M)
Ano	**2007**	**2007**	**2007**	**2007**	**2007**	**2007**
Portugal	82,2	20,2	5,3	75,9	16,8	6,8
Espanha	84,3	21,9	9,9	77,8	17,8	10,3
Alemanha	82,7	20,7	7,5	77,4	17,4	7,7
Reino Unido	81,9	20,2	11,5	77,7	17,5	10,3
EU-27	82,2	20,5	8,9	76,1	17,0	8,7

Relativamente a Portugal, conjugam-se assim indicadores que, por um lado, nos permitem compreender que o país está em acelerado processo de envelhecimento e, por outro, que esse envelhecimento se faz com menos saúde do que nos restantes países da UE, proporcionando desta forma menos qualidade de vida aos idosos e mais gastos em saúde.

Para a ILC (2013) essa rápida transição demográfica é seguida de uma compressão da transição epidemiológica e de um contexto em que as doenças não transmissíveis (DNT) se tornam as causas mais prevalentes de morte no mundo, apesar de que a ameaça de doenças infeciosas ainda persistir em muitos países em desenvolvimento. Cada vez mais, as pessoas em todo o mundo estão alcançando idades muito avançadas (CE, 2011a). Ainda que muitas delas levem uma vida ativa, um número cada vez maior exigirá cuidados para incapacidades produzidas por doenças que não podem ser curadas. As doenças crónicas são prolongadas e exigem um continuum de serviços de cuidados ao longo do curso de vida (ONU, 2011).

A carga global da doença mudou, mas os sistemas de saúde ainda têm, em grande medida, seu foco voltado para a cura, e ainda não estão suficientemente orientados para proporcionar cuidados a todos os que precisam (ONU, 2011). Muito foi conseguido em termos de prevenção e tratamento; entretanto, para se acompanhar a revolução da longevidade há um imperativo que se impõe: o desenvolvimento de uma cultura de cuidado que seja sustentável, economicamente viável, feita com compaixão, e universal (ILC, 2013).

Nós entendemos que os contextos nos quais a provisão de cuidados se faz necessária são diversos culturalmente e estão mudando rapidamente. Redes familiares menores, mais complexas e geograficamente mais dispersas estão se tornando menos capazes de proporcionar cuidados sem ajuda adicional.

Há uma crescente crise global de "insuficiência familiar" (ILC, 2013).

Recomendação

Nós de forma consciente,

1. Reafirmamos os Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas e endossamos totalmente a sua ênfase em independência, dignidade, autorrealização, participação e cuidados. Esses princípios devem servir de base para todas as ações voltadas para os cuidados (ILC, 2013).
2. Entendemos que é necessário em Portugal uma Liderança Nacional específica para as questões do envelhecimento em todas as suas vertentes, centralizando os recursos e determinando as prioridades.
3. Enfatizamos a necessidade de as escolas, desde o pnmeuo ciclo, incluam nos seus programas e preocupações educativas, as questões relacionadas com o envelhecimento numa perspetiva moderna de intercâmbio intergeracional, educando para o envelhecimento ativo.
4. Insistimos para que haja divulgação e intercâmbio de boas práticas entre os países da União Europeia para que se multipliquem, atendendo às especificidades nacionais, regionais e locais.
5. Sublinhamos a necessidade urgente da constituição de uma plataforma que inclua todas as Instituições e Entidades que trabalham na área do envelhecimento para partilharem as suas experiencias e modelos, de forma a enriquecermos o nosso conhecimento para desenvolvermos intervenção adequada no terreno.
6. Recomendamos a promoção da preservação dos laços de vizinhança e de outras redes sociais de suporte.
7. Damos especial relevo ao papel da família, defendendo a sua tradição e entendendo que é no seio do núcleo familiar que se devem procurar os primeiros cuidadores, motivando e incentivando esses cuidadores e as famílias.
8. Defendemos uma política de apoio às famílias e às redes de vizinhança, inovadora e que motive para o cuidado a pessoas idosas com diminuição de capacidades mas que não requeiram cuidados técnicos sofisticados.
9. Chamamos à atenção para que os apoios a cuidados e serviços a pessoas idosas sejam dado em função de indicadores e objetivos definidos e para a implementação de um modelo de comparticipação de cuidados e serviços às pessoas idosas que favoreça os cuidados domiciliários em relação aos cuidados institucionalizados.
10. Enfatizamos que os espaços urbanos devem ser ma1s adequados ao nosso envelhecimento com base nas recomendações feitas pela OMS (Cidades Amigas das Pessoas Idosas e Cidades Saudáveis) e que se isso se estenda a todas as regiões do País, com destaque para a manutenção da funcionalidade e utilidade.
11. Insistimos na necessidade de se darem facilidades à formação e acesso à cultura, nomeadamente na compra de livros, música, teatro, cinema e outros espetáculos, às pessoas idosas.
12. Defendemos o apoio financeiro a entidades e Instituições que desenvolvam ações de formação aos seus colaboradores e uma política de formação profissional especifica que distinga todos os técnicos que desempenham funções nos equipamentos e serviços destinados a pessoas idosas, através de atribuição de competências profissionais e académicas.
13. Estamos disponíveis para colaborar com os serviços públicos e privados no sentido de desempenharmos funções de utilidade em escolas, bibliotecas, autarquias, repartições de atendimento público, hospitais, museus e outros locais.

Notas

1. O número médio de anos que um recém-nascido pode esperar viver, se submetido ao longo de sua vida às condições atuais de mortalidade (Eurostat).
2. Admitindo que as mulheres estão submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento, representa o número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade).
3. O número de nascidos vivos, por mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
4. Compreendem a Europa, América do Norte, Austrália/Nova Zelândia e Japão (ONU, 2011).
5. O *Rácio de Dependência dos Idosos* é a razão entre o número de pessoas idosas numa idade em que geralmente são economicamente inati vas (com 65 anos e mais), em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (15-64 anos).
6. O *Rácio de Dependência Total* é a relação da soma do número de jovens e do número de pessoas idosas numa idade em que ambos os grupos são, em geral , i nativos, (isto é, com menos de 15 anos de idade e 65 anos e mais), em comparação com o número de pessoas em idade de trabalhar (15-64 anos). Resulta da soma de dois Rácios: o Rácio de Dependência dos Jovens e o Rácio de Dependência dos Idosos.
7. A Europa a 27 é composta por: Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, República Checa, Dinamarca, Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Polónia, Portugal, Roménia, Eslováquia, Eslovénia, Espanha, Suécia e Reino Unido.
8. Ilhas do Canal, Dinamarca, Estónia, Finlândia, Islândia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Noruega, Suécia e Reino Unido.
9. Albânia, Bósnia e Herzegovina, Croácia, Grécia, Itália, Malta, Montenegro, Portugal, Sérvia, Eslovénia, Espanha e Macedónia.

"O NATAL DA INOCÊNCIA"

Dr. Virgílio Chambel Coelho

Meus Caros,

No momento presente da nossa sociedade e vida política, muitas decisões estão a ser tomadas gradualmente pelos nossos políticos que nos irão afectar directamente.

Já em tempos se falou na possibilidade da reutilização de Pacemakers e CDIs, havendo porém marcha atrás nessa decisão, vindo outra em sentido contrário, explícita, em como tal é proibido. O que não significa que não venham mais tarde a tentar argumentar e legislar sobre o seu consentimento, sem que existam estudos a nível nacional ou internacional a consentir tal procedimento. Porém, já hoje se fazem reutilizações de componentes vários correlacionados com a nossa problemática. É preciso estarmos atentos! E vamos, por hora, ficar por aqui.

Porém, no momento presente outro assunto surge para vigorar, estando do ponto de vista formal em estudo até aprovação de Legislação. Estamos a falar na existência de uma central de compras na e para a área da saúde, vindo a incluir a aquisição e implantação dos dispositivos de Pacemakers e CDIs. Tal "Central" para aqueles efeitos seria gerida pela Infarmed e não pelas administrações hospitalares.

O assunto é demasiado sério para ser tratado sem se ter todo o conhecimento das propostas legislativas (conhecer, conhecem-se!) mas discussão pública,sendo curioso que até agora nenhuma entidade se pronunciou sobre o assunto, o que é mau. A questão prática é de em vez de serem os Hospitais a adquirem os equipamentos em causa, serem os mesmos efectuados e reguladas as necessidades gerais e individuais por uma entidade que não tem competências para o efeito, a INFARMED. Não tem competências actuais (por não emergirem do seu estatuto) não se sabendo os moldes em que tal evolução é perspectivada.

Mas como se disse, é apanágio da nossa associação só falarmos do que sabemos, e após análise de todos os elementos, interpelando e falando necessariamente com todos os intervenientes, e, a partir, daí, tomar-se uma posição séria, correcta e que defenda os interesses dos doentes. Apena fica este breve apontamento, para ficar claro que estamos a lutar em várias frentes, para absorver, entender e desmantelar se necessário, eventuais interesses subjacentes, não dando tréguas a ninguém. Temos consciência que é um problema integrado na corrente economicista e não humanista da sociedade actual.

Voltaremos ao assunto com maior profundidade quando tivermos todo os elementos.

Mas na época que se avizinha, a que chamarei do "Natal da Inocência" importa trocar convosco, sentires, afectos e aquilatar da hipocrisia circundante neste período.

A evolução civilizacional deveria ser no sentido de alcançar a FELICIDADE.

A palavra civilização designa todos ou todo o conjunto de feitos e instituições que assinalam a distância entre a nossa vida e a vida dos animais, esses nossos antepassados, e que estão ao serviço de dois fins, a protecção do homem contra a natureza e a regulação dos homens entre si.

Tudo aquilo que o homem trouxe ao mundo com a sua ciência e a sua técnica, o mundo em que ele entrou como animal fraco e a que cada indivíduo da sua espécie chega sempre como cria indefesa não parece apenas um conto de fadas, é antes o cumprimento imediato de todos- não de quase todos – os desejos de um conto de fadas.

O Natal entra nesses conto de fadas? Há muito tempo que o homem criou um ideal de omnipotência e omnisciência a que dera corpo nos seus Deuses. A eles vem atribuindo todos os desejos cuja satisfação parecem impossíveis ou tudo aquilo que lhe é vedado.

O Homem tornou-se um Deus protético, grandioso com todos os seus órgãos ancilares acoplados, mas como tais órgãos não cresceram connosco, por isso só trazem dissabores.

Mas o que é mais distintivo da civilização, é a primazia das ideias na vida humana.

Entrem essas ideias destacam-se os sistemas religiosos. O Espírito Natalício pode ter esse carácter, mas a civilização "encarregou-se " de com o guarda chuva da entre ajuda pelo menos neste período, fazer florescer o negócio, que está acima das intenções de dar paz, amor, solidariedade, e colmatar as necessidades que são de sempre e de todos os dias.

A luzes que existem nas ruas, nem sempre coincidem com as Luzes que deviam iluminar os corações das pessoas. E, embora, ainda em muitos locais o espírito de família, união da espiritualidade esteja presente, o que impera são as aparências. Certo é que tentar-se viver alheado do mundo inferior, da alma, e negligenciando os misteriosos elementos relacionados com o espiritual e o religioso é uma opção tentadora. São mais fáceis os Centros Comercias!!

Thomas Moore, relata no seu livro "sentimento da alma" que uma criança de nome Demofonte, uma criança do sexo masculino, é entregue á guarda de Deméter, que dele se ocupa ungindo-o com ambrósia, envolvendo-o no seu hálito e segurando-o nos braços –imagens que evidenciam carinho que a divindade

dedica á vida humana. À noite banha-o no fogo para torná-lo imortal, até que a Mãe da criança descobre o que se passa e denuncia-a, aterrorizada. A falta de compreensão revelada pelos mortais deixa Deméter irritada que grita "Não sabeis quando é que o destino vos oferece algo de bom ou algo de mau".Uma das ideias centrais desta história, onde Zeus e Hades, o SENHOR DA VIDA E O SENHOR DA MORTE, estão em acção. A Mãe de todas as Mães dá-nos, pois, um bom conselho, aquilo que por vezes, se afigura perigoso do ponto de vista de um mortal poderá revelar-se benéfico, se encarado a partir de uma perspectiva mais ampla.

Aquela história transmite outros ensinamentos sobre a maternidade, mostrando que a Mãe significa cuidar e educar em termos não só humanos mas também divinos. Ao suspender a criança sobre o fogo é uma forma de queimar elementos humanos, para criar a imortalidade, e quando se fala desta não é no seu sentido literal de vida depois da morte, mas antes o carácter sempre complexo da alma. Os cuidados maternos instalam na criança o calor e a paixão pela vida, tornando-a imortal e dotando-a da intensidade própria da alma. Ser Mãe não consiste apenas em garantir a sobrevivência física e a realização pessoal dos filhos, as sementes e os frutos do Deméter, também implica orientar uma criança á medida que ela penetra nos seus meandros profundos e desconhecidos de si mesma e nos mistérios do destino.

No início da Missa do Galo, na Igreja Católica Romana, o coro entoa "Puer natus est nobis", i é, "Uma criança nasceu no meio de nós".

O Natal é a celebração de Jesus –Menino e marca a entrada da divindade na esfera do humano. A figura da criança divina é um elemento comum a muitas religiões que evoca, não só a infância de Deus mas também o carácter divino da infância.

Tal como a Mãe mítica é um princípio fundador da vida, também a criança divina é um dos aspectos de toda a experiência.

A mitologia de inúmeras culturas narra a história da criança especial, abandonada pelos pais, criada na selva ou por pais adoptivos de condição humilde. Há uma dimensão da criança que está exposta ao destino, ao tempo, ás condições – desprotegidas porque se enquadra num contexto mais pessoal. E é nesta exposição que permite que a criança se torne num ser novo e poderoso.

A nossa própria exposição perante a vida, é simultaneamente, uma ameaça e uma oportunidade.

O Natal apresenta uma forma de pensar a vida.

Vamos pensar a vida, com a inocência da tal criança divina que existe dentro de nós e que integrada numa família procura o caminho da felicidade.

Uma criança, acreditando no caminho da felicidade do nascimento divino escreveu:

"QUIS FAZER UM PRESÉPIO, QUE IMAGINEI ACORDADO, FIZ FLOCOS DE NEVE COM ALGODÃO e plantei um pinheiro pintado.

FIZ UM LAGO COM UM VIDRO PARTIDO que transmitia uma imagem de paz e carinho.

O BOI, A VACA E A CABANA, já os tinha do ano passado..

Os Reis magos fi-los de lata, só tinha um..o preto tinha a cabeça partida,´

Foi colocada ao lado.. e seguiam o seu caminho.

O Menino Jesus estava deitado em palhinhas e eras feito de barro

Tendo a Virgem Maria e S. José, pintados em cartolina,´

Havia campos com ovelhas e pastores, um rebanho de almas brancas e com destino traçado.

No cimo da cabana estava uma estrela feita de pauzinhos e enrolada com prata dourada

Que indicava e mostrava o amor que existia no fundo …´

.. no fundo De um poço feito com pedrinhas e com água e tudo

Que dava a imagem da cara de uma criança feliz sobre ele debruçado.

E assim uma criança pintou, e viu o mundo encantado

Do nascimento de outra criança, amada e querida

Não sabendo se o seu destino será igual ao da outra criança,

Se morre e revive, mas que a criança divina estará com ela sempre a seu lado.

Assim é Natal!

Imortalizar essa criança interior que irá fecundar a vida

E tudo será belo, sem guerras nem vencidos a pedir clemência

Assim é Natal!

Natal da nossa inocência,

As prendas? as prendas podem vir depois… – Virgílio Chambel Coelho -1964

Feliz Natal para todos com muito afecto e um grande, grande ….

Abraço Oceânico

VIII COLÓQUIO NACIONAL

REALIZOU-SE EM LISBOA, NO AUDITÓRIO DO METRO DE LISBOA – ALTO DOS MOINHOS – EM 5 DE OUTUBRO DO CORRENTE ANO, O VIII COLÓQUIO NACIONAL DA APPPC

Foi um prazer muito grande para nós, trazer o nosso Colóquio Nacional novamente a Lisboa e poder contar com o apoio do Prof Dr. Mário de Oliveira Chefe do Setor de Pacing do Hospital de Santa Marta, e de todos os restantes intervenientes neste evento.

Os trabalhos iniciaram-se por volta das 10h30m, depois da chegada de Associados vindos de diferentes pontos do País. À semelhança do que temos feito em anos anteriores, com a diabetes, ou a insuficiência cardíaca, este ano escolhemos também uma patologia que, não estando diretamente ligada ao porte de pacemaker e/ou CDI, acaba por surgir em muitos dos portadores destes dispositivos, interagindo e agravando muitas vezes a situação clínica de muitos deles – a apneia do sono.

Assim, logo no início, teve lugar a preleção da Cardiopneumologista do Hospital Sta Marta, - Serviço de Pneumologia - Carla Rocha, que nos apresentou o tema **"O QUE É A APNEIA DO SONO? DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO"**.

O tema que se seguiu intitulava-se "APNEIA DO SONO E ARRITMIAS - UMA COMBINAÇÃO FREQUENTE", apresentado pelo Dr Pedro Cunha Electrofisiologista do Hospital Sta Marta.

Por fim, Margarida Moura, Técnica Especialista de Vendas da Empresa Sorin Group Portugal, que nos apresentou o tema **"PAPEL DO PACEMAKER NO DIAGNÓSTICO E MONITORIZAÇÃO DA APNEIA DO SONO"**.

Os temas sobre esta patologia foram recebidos com grande interesse por parte de todos os presentes, pois a apneia do sono é uma entidade clínica muito mal conhecida pela generalidade das pessoas que, consequentemente, conhecem também mal os sinais de alerta e os riscos que esta patologia pode trazer.

Seguiram-se os temas diretamente ligados com o porte de Pacemaker e CDI. Neste Colóquio optámos por trazer um tema sempre inquietante para os portadores e seus familiares, mas igualmente inquietante para os clínicos – as infeções dos sistemas de pacing. Felizmente não são muito frequentes, mas quando acontecem,

são sempre encaradas com enorme apreensão por todos os intervenientes. Por vezes é necessário extrair gerador e eletrodos, e foi sobre esse tema em concreto que nos falou o Dr. Bruno Valente Cardiologista do Hospital Sta Marta, apresentando-nos o tema **"EXTRACÇÃO DE ELÉCTRODOS EM PORTADORES DE DISPOSITVOS CARDIACOS IMPLANTADOS"**. É obvio que não pretendemos alarmar ou mesmo aumentar o medo sobre este assunto, pretendemos sim, alertar e sensibilizar todos, pois é muito importante recorrer ao centro a que cada portador se encontra vinculado, ao mínimo sinal de infeção. Infelizmente não há muito a fazer em termos de prevenção, con-

tudo, algumas medidas preventivas, foram mencionadas pelo Dr. Bruno Valente, medidas que poderão minimizar os riscos de ocorrência destas complicações: uma boa higiene e saúde oral; as infeções do trato respiratório, salientando-se a importância da vacinação da gripe nestes pacientes.

De seguida, abrimos um pouco a janela do futuro! Todos sabemos que a estimulação elétrica do coração, que se tornou um método terapêutico aceite pela comunidade médica desde meados do século passado, tem tido avanços tecnológicos impressionantes, e claro, estes avanços continuarão paralelamente com os avanços da ciência e da técnica. Assim, convidámos o Dr Francisco Moscoso Costa, Cardiologista do Hospital Santa Cruz, para nos apresentar o tema **"PACEMAKERS SEM ELÉCTRODOS (LEADLESS). QUE FUTURO?"**

Por fim o Dr. Virgílio Chambel Coelho, Presidente da Assembleia Geral da APPPC, falou sobre a atualidade do associativismo em Portugal.

O nosso Presidente da Direção Nacional, Sr. António Gomes, encerrou os trabalhos do Colóquio agradecendo a todos os intervenientes.

Mais uma vez o Colóquio da APPPC foi um êxito, reconhecido por todos, e para esse êxito contribuiram sem dúvida as excelentes preleções apresentadas pelos nossos convidados a quem agradecemos muito reconhecidamente. Sem o seu empenho e disponibilidade não seria possível agradar e mesmo encantar todos os presentes. Não podemos no entanto deixar de salientar que este êxito deveu-se também à preciosa ajuda de um grande amigo desta Associação: o Prof. Dr. Mário de Oliveira, que, apesar de não ter podido estar presente por se encontrar ausente no estrangeiro, não se poupou a esforços para que este Colóquio se concretizasse com sucesso.

Também não podemos deixar de agradecer a gentileza da Câmara de Pombal, na pessoa do seu Presidente Dr. Diogo Mateus, pois uma vez mais disponibilizou um autocarro para transportar o grupo de Associados do Concelho de Pombal, sempre assíduos neste evento.

Depois dos trabalhos, seguiu-se o almoço e sobretudo o convívio entre todos. No final, o grupo de Pombal, passou o resto da tarde na Expo. Foi mais um dia de agradável convívio em que pudemos juntar, como sempre, alguns temas médicos relacionados com o porte de Pacemaker e CDI's e o lazer, sempre do agrado dos participantes habituais do nosso Colóquio.

DONATIVOS

Somos uma IPSS com fins de saúde devidamente reconhecida.

Deseja colaborar com a APPPC?

Dê o seu donativo.

As empresas interessadas em colaborar com a nossa associação podem descontar 130% no IRS/IRC.

A APPPC agradece.

NIB:
0045 3110 4019 9503 2973 2
(Crédito Agrícola)

SÓ MAIS UM!

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PORTADORES DE PACEMAKER E CDI'S

É preciso levar a voz, o estímulo e o apoio a todos os doentes portadores de pacemaker e cdi's que são nossos vizinhos e companheiros quer nas consultas, quer na região.

OS APOIOS QUE DAMOS UNS AOS OUTROS SÃO A NOSSA FORÇA!

Como escreveu o poeta António Macedo "Canta, canta, amigo canta…
tu sozinho não és nada, juntos temos o mundo na mão"

É ISTO QUE PRECISAMOS DE FAZER: JUNTARMO-NOS NA APPPCDI's!

VAMOS LANÇAR UM GRANDE DESAFIO A TODOS OS ASSOCIADOS
Que cada sócio consiga, pelo menos, inscrever dois doentes portadores destes dispositivos na APPPCDI's

Se fizermos este nobre esforço podemos aumentar o número de associados da APPPCDI's!

Para termos mais força! Para não sermos esquecidos! Para não sermos apenas números!

Comecemos já hoje a falar com os nossos companheiros de consulta:
ser sócio da APPPCDI's não chega a 1€ por mês, custa apenas 10€ por ano.

Consulte a página da internet: www.apppc.pt, ou tlm. 914 855 843 · 910 916 711

LATITUDE®
Sistema de Gestão de Pacientes

CRV
Cardiology, Rhythm and Vascular

Boston Scientific
Delivering what's next.™

Nanostim™

Leadless Pacemaker

no lead. no pocket.
no compromise.

ST. JUDE MEDICAL

Associação Portuguesa
de Portadores de Pacemakers e CDI' s

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME

MORADA

DATA DE NASCIMENTO

BI

ESTADO CIVIL

NIF

E-MAIL

TLF

TLM

É PORTADOR(A) DE

PACEMAKER

S N

CDI's

S N

DATA DO IMPLANTE

ESTABELECIMENTO HOSPITALAR

MARCA DO GERADOR

MODELO

OBSERVAÇÕES

Se deseja fazer parte da associação envie este formulário para a seguinte morada:
Associação Portuguesa de Portadores de Pacemaker e CDI' s
Apartado 163 | 3101 - 902 Pombal
Para mais informações, envie-nos um email para: geral@apppc.pt ou ligue 914855843

A sua inscrição só será aceite mediante o pagamento de uma quota anual de 10€.
Por favor, envie o formulário assim como um cheque para a nossa caixa de postal ou faça uma transferência bancária para a nossa conta no Crédito Agrícola nº 40199503297, ou pelo NIB 00453110401995032973 2

Inovação… No coração da tecnologia médica

Profissionais de Saúde... No coração da tecnologia médica

Pessoas... No coração da tecnologia médica

- Uma empresa de dispositivos médicos, líder mundial no tratamento da doença cardiovascular
- Um milhão de doentes tratados por ano em mais de 80 países

SORIN GROUP
AT THE HEART OF MEDICAL TECHNOLOGY

www.sorin.com

Revisão de Maio de 2013 - ref. PT0002